FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1930 — N° —

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Lucien LUGNIER

Né à Bazouges, le 10 juillet 1904
Ancien Interne des Hôpitaux du Havre

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

VOLVULUS DE L'ANSE OMBILICALE

Président : M. GOSSET, *Professeur*

PARIS
IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
JOUVE & Cie, ÉDITEURS
15, RUE RACINE, 15

1930

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1930 — N° —

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Lucien LUGNIER

Né à Bazouges, le 10 juillet 1904
Ancien Interne des Hôpitaux du Havre

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

VOLVULUS DE L'ANSE OMBILICALE

Président : M. GOSSET, *Professeur*

PARIS
IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
JOUVE & Cie, ÉDITEURS
15, RUE RACINE, 15

1930

DOYEN... M. ROGER.

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	CUNÉO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale	LENORMANT.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	CARNOT. BEZANÇON. ACHARD. M. LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
Clinique chirurgicale	DELBET. HARTMANN LEJARS. GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE. BRINDEAU. JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la tuberculose	Léon BERNARD.
Professeur sans chaire	MAUCLAIRE.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE. Neurologie et Psychiatrie.
BINET . . . . Physiologie.
AUBERTIN . . Pathologie médicale.
BÉNARD (H.) . Pathologie médicale.
BLANCHETIÈRE. Chimie biologique.
BROCQ. . . . Pathologie chirurgicale
BRULÉ . . . . Pathologie médicale.
CADENAT. . . Pathologie chirurgicale
CATHALA. . . Pathologie médicale.
CHABROL . . Pathologie médicale.
CHEVALLIER. Pathologie médicale.
De GAUDART d'ALLAINES. Pathologie chirurgicale.
DOGNON. . . Physique.
DONZELOT. . Pathologie médicale.
ÉCALLE . . . Obstétrique.
FEY. . . . . Urologie.
GARNIER. . . Pathologie expérimentale
GASTINEL . . Bactériologie.
GATELLIER. . Pathologie chirurgicale
GIROUD . . . Histologie.
HARVIER. . . Pathologie médicale.
HOVELACQUE Anatomie.
HUTINEL. . . Pathologie médicale.
JOANNON . . Hygiène.
JOYEUX. . . Parasitologie.
LABBÉ (Henri) Chimie biologique.

MM.

LAROCHE (G.) Pathologie médicale.
LEMAITRE . . Oto-rhino-laryngologie.
LEROUX . . . Anatomie pathologique
LEVEUF . . . Pathologie chirurgicale
LEVY-VALENSI. Neuro-psychiâtrie.
LIAN . . . . . Pathologie médicale.
MERCIER (F.). Pharmacologie.
MILLOT. . . Histologie.
MONDOR. . . Pathologie chirurgicale
MOREAU . . . Pathologie médicale.
MOULONGUET. Pathologie chirurgicale.
MOURE. . . . Pathologie chirurgicale
MULON. . . . Histologie.
OBERLING . . Anatomie pathologique.
OLIVIER . . . Anatomie.
PIÉDELIÈVRE Médecine légale.
PORTES . . . Obstétrique.
QUÉNU. . . . Pathologie chirurgicale,
RICHET. . . . Physiologie.
SÉZARY. . . . Dermatologie et Syphiligraphie.
VALLERY-RADOT (Pasteur) . . Pathologie médicale.
VAUDESCAL. Obstétrique.
VELTER . . . Ophtalmologie.
VERNE. . . . Histologie.
VIGNES . . . Obstétrique.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

BUSQUET . . . . . Pharmacologie.
GUENIOT . . . . . Obstétrique.
LEQUEUX . . . . . Obstétrique.

MM.

NEVEU-LEMAIRE Parasitologie.
RETTERER . . . Histologie.
ZIMMERN . . . . Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.

ABRAMI. . . Clinique médicale.
CHIRAY. . . Clinique médicale.
DEBRÉ. . . . Clinique médicale.
DUVOIR. . . Clinique médicale.
FIESSINGER. Clinique médicale.
LAIGNEL-LAVASTINE. Clinique méd.
LERI. . . . Clinique médicale.
AUVRAY. . . Clinique chirurgicale.
BASSET.. . . Clinique chirurgicale.

MM.

CHEVASSU. . Clinique chirurgicale.
HEITZ-BOYER. Clinique chirurgicale.
MATHIEU . . Clinique chirurgicale.
MOCQUOT. . Clinique chirurgicale.
PROUST. . . Clinique chirurgicale
SCHWARTZ . Clinique chirurgicale.
LE LORIER Clinique chirurgicale.
LEVY-SOLAL. Clinique obstétricale.
METZGER . . Clinique obstétricale.

V. — CHARGÉS DE COURS

M. MAUCLAIRE, professeur sans chaire . . . . . Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY. . . . . Stomatologie.
CHAILLEY-BERT. . . . . Education physique.
LEDOUX-LEBARD . . . . . Radiologie clinique
WEILL-HALLÉ. . . . . Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions, émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE, A MA MÈRE

Auxquels vont mes premières pensées, hommage de piété filiale.

A MON ONCLE

Témoignage de reconnaissance pour sa paternelle affection.

A MES FRÈRES ET SŒUR

MEIS ET AMICIS

A MES MAITRES DE L'ÉCOLE DE RENNES

MONSIEUR LE DOCTEUR FOLLET
MONSIEUR LE DOCTEUR MARQUIS

Qui souvent nous aida de ses conseils éclairés.

MONSIEUR LE DOCTEUR QUENTIN

A MES MAITRES DES HÔPITAUX DU HAVRE

MONSIEUR LE DOCTEUR VERGEZ

Qui nous a inspiré cette thèse. Hommage de gratitude.

MONSIEUR LE DOCTEUR DUBOSC

MONSIEUR LE DOCTEUR DANIEL

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR GOSSET

Hommage de reconnaissance pour l'honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre thèse.

Digitized by the Internet Archive
in 2025

https://archive.org/details/volvulusdelanseo0000unse

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DU
VOLVULUS DE L'ANSE OMBILICALE

INTRODUCTION

Nous avons eu l'occasion d'observer un cas de volvulus total de l'anse ombilicale autour de l'axe formé par les vaisseaux mésentériques. Nous avons pensé, étant donné la rareté d'une telle lésion, qu'il serait intéressant d'étudier les causes de cette variété de volvulus, d'en préciser les éléments de diagnostic et d'en poser les indications opératoires.

On désigne sous le nom d'anse ombilicale, le segment intestinal primitif vascularisé par les branches de l'artère mésentérique supérieure. Il comprend la totalité du grêle, le cæcum et la moitié droite du transverse.

La rotation de l'anse ombilicale autour de l'axe formé par les vaisseaux mésentériques réalise la lésion que nous nous proposons d'étudier.

Nous éliminerons ainsi :

a) la rotation de l'intestin autour de son axe longitudinal ;

b) la rotation autour d'un axe formé par une partie de l'intestin lui-même, d'un autre segment intestinal avec son mésentère.

Nous remercions M. le Dr Guillot d'avoir bien voulu nous ouvrir ses services de chirurgie ; le Dr Verger qui nous a permis de prendre l'observation point de départ de notre étude.

HISTORIQUE

C'est un fait bien connu que les organes de l'abdomen sont capables dans certaines conditions de se tordre sur leur pédicule et d'amener ainsi des troubles graves par suppression de leur vascularisation et de leur fonction normale.

On retrouve dans les vieux auteurs des fragments contenant des cas de volvulus. Pigray, dans son Epitome des principes de médicine et de chirurgie décrit, en 1612, un cas de volvulus du grêle et préconise déjà la détorsion de l'anse tordue.

Scarpa dit avoir trouvé l'entrecroisement de l'intestin sur un grand nombre de cadavres.

Il semble que la première relation de volvulus du côlon fut faite par Andral, en 1822.

Rotikansky, en 1837, publie un important travail, dans lequel il décrit l'étranglement rotatoire de l'intestin autour de son axe propre ou d'un axe différent. En France, c'est le Professeur Delbet qui publie en 1898 à la Société de Chirugie de Paris deux observations de volvulus total du grêle.

Ultérieurement, Levêque, en 1905, fait une thèse très documentée et c'est surtout Guibé qui, dans la revue

de chirurgie de 1907, fait un mémoire très détaillé sur le volvulus de l'intestin grêle.

Différents travaux furent publiés depuis, parmi lesquels il faut citer la thèse de J. Bonnecaze, sur les volvulus de l'intestin grêle, parue en 1924.

Des observations furent publiées dans différentes sociétés et y firent l'objet de discussions ; citons notamment un intéressant travail de M. Ombredanne basé sur deux observations et communiqué à la Société de chirurgie, en Janvier 1930.

ÉTIOLOGIE

Fréquence.

La fréquence du volvulus de l'anse ombilicale est difficile à préciser. C'est ainsi que M. Guibé a réuni 16 statistiques comprenant 2315 cas, dans lesquels il compte 390 observations de volvulus de l'intestin grêle, parmi lesquels on note 10 % de volvulus total. Dans une autre statistique, le même auteur a réuni 380 cas de volvulus de l'intestin et compte environ 10 % de volvulus total.

Sur 100 occlusions intestinales, 6 à 7 volvulus du grêle et 1 ou 2 volvulus complets jéjunocoliques.

Race.

Comme dans tous les volvulus intestinaux, l'importance de la race joue un grand rôle. C'est surtout dans les pays scandinaves et slaves que nous trouvons cette affection. Un auteur polonais Philipowicz apporte une statistique de 38 cas personnels. Selon Brunswick le Bihan, le volvulus serait de constatation assez fréquente en Tunisie. On l'observerait surtout chez les Noirs.

Les auteurs allemands en signalent aussi (Kuttner et Braeunig). En France, on trouve dans la Littérature médicale quelques cas de volvulus de l'anse ombilicale, en particulier ceux rapportés par Ombredanne, Okinzicz, Oberling, Moulonguet, Merle d'Aubigné et Matry.

Sexe et age.

Il semble plus fréquent chez l'homme. Une statistique de M. Guibé donne 13 hommes pour 9 femmes, soit environ 2 cas chez l'homme pour 1 chez la femme.

L'âge a une grande influence sur la production de cette variété de volvulus.

Il faut distinguer deux groupes de faits :

a) Un premier groupe où les accidents se déclanchent dès la naissance ;

b) le deuxième groupe dans lequel la malformation est tolérée d'une façon plus ou moins parfaite, pendant un temps variable. Dans la majorité des cas, les accidents aigus surviennent dans le 1er tiers de la vie. On peut toutefois relever des observations dans lesquelles le malade a dépassé l'âge adulte (Billington : cinquante et un ans, Merle d'Aubigné : 55 ans).

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Limite du volvulus.

Le volvulus intéresse l'intestin grêle, le cæcum et la moitié droite du côlon transverse. Sa limite supérieure se trouve en général à l'angle duodéno jéjunal ; mais si le duodénum n'est pas accolé par son méso contre la paroi postérieure, ce qui peut arriver, elle se trouve reportée sur la 3e et 4e partie du duodénum lui-même.

La limite inférieure se trouve ordinairement sur la partie médiane du transverse.

Disposition de l'intestin.

La disposition anatomique de l'intestin est intéressante à connaître au point de vue théorique et surtout elle permettra de se reconnaître au milieu des anses dilatées et enchevêtrées. Elle peut atteindre une telle complexité que beaucoup d'auteurs ont détordu sans avoir bien vu qu'elle était la position exacte de l'intestin. Par contre, nous trouvons des indications plus précises dans d'autres observations (Normann-Dott, Haussmann).

Dans tous les cas, on retrouve la même lésion congénitale consistant en un arrêt de l'évolution embryonnaire complète : c'est le non accolement du côlon droit et de la racine du mésentère au péritoine pariétal postérieur, laissant tous les segments de l'anse très mobiles.

Un fait est essentiel : le mésocôlon et le mésentère entièrement libres, forment un long éventail contourné sur lui-même. Le bord libre supporte les anses intestinales et le pédicule étroit est tout à fait propice aux torsions.

L'intestin grêle et le côlon sont mutuellement enchevêtrés. De telle sorte que l'on voit toujours une anse grêle passer au devant du côlon transverse avec lequel elle s'entrecroise. La torsion portant sur la partie moyenne du transverse, il semble que le côlon soit interrompu en son milieu et que sa partie gauche émerge du paquet des anses grêles.

Sens de la torsion.

Dans la majorité des cas, elle se fait dans le sens des aiguilles d'une montre, comme si l'anse ombilicale refaisait en sens inverse sa migration embryologique, dépassant ainsi son point de départ. Le cæcum va donc passer en avant du grêle, puis à gauche (demi tour) en arrière le pédicule mésentérique puis revient à droite (un tour).

Elle peut se faire en sens inverse des aiguilles d'une montre comme si la rotation de l'anse ombilicale se

faisait au delà de la normale. On l'observe une fois sur 4 cas environ (Normann-Dott).

Le côlon gauche reste toujours à sa place. On note toutefois une exception dans l'observation de M. Ombredanne où le côlon gauche était à droite.

Le duodénum peut être non accolé et peut se détordre de l'axe mésentérique et passer au-devant de lui (Observation Phelip). Le plus souvent, il est fixe ; l'anse duodéno-jéjunale reste en place, d'où il résulte la compression de la 3e portion duodénale par les vaisseaux mésentériques étirés sous le poids des anses tordues et l'enroulement de la portion ombilicale du grêle autour de ce même pédicule mésentérique ; ces faits sont signalés dans les cas où la torsion dépasse 2 tours.

Degré de la torsion.

Elle varie de 90° à 360° dans les cas habituels, mais elle peut dépasser 2 tours et même 3 (Observation de Billington). Il n'y a pas de rapport dans le degré de torsion et la gravité des accidents.

Lésions provenant de la torsion.

Il est classique de les comparer aux lésions produites par un étranglement herniaire. Nous étudierons l'état de l'anse puis de son mésentère.

Dès l'ouverture du péritoine, les anses font irruption sur le champ opératoire, elles sont distendues, soufflées. Leur couleur rouge sombre devient aubergine, puis

feuille morte ; des points gangrenés peuvent apparaître, entraînant la perforation. Le cæcum surtout est gigantesque : cela tient au reflux des gaz à travers la valvule iléo-cæcale. La paroi amincie par la distension est d'une grande fragilité. A quoi est dû ce dégagement gazeux ? A l'intérieur des anses, se produit, à la suite de la striction exercée sur les vaisseaux mésentériques une hypersécrétion séreuse qui, sous l'influence de la multiplication microbienne se putréfie et dégage des gaz en abondance.

Le mésentère des anses tordues présente des lésions variables. Il est infiltré. Des veines turgescentes attirent l'œil par leur volume qui peut atteindre la grosseur du petit doigt. On peut trouver des infarctus hémorragiques. Les ganglions sont hypertrophiés et forment de petites tumeurs nettement perceptibles.

Comparons toujours le volvulus étudié à un étranglement herniaire. Le sac est ici le péritoine en entier qui réagira en sécrétant un liquide séreux. La quantité peut être assez abondante pour former de l'ascite décelable cliniquement.

Cet épanchement ne reste pas aseptique, par suite de la transsudation à travers la paroi de l'anse tordue ; il sera ensemencé d'où péritonite aiguë. Au-dessous du volvulus, c'est-à-dire la portion gauche du transverse et le descendant sont affaissés et sains d'aspect.

Les Brides.

D'une façon presque constante, on trouve à l'intervention, des lésions anciennes. Ce peut être une bride : adhérence fibreuse ou frange épiploïque venant doubler le pédicule mésentérique ou occasionnant un rétrécissement du côlon (Frœlich) au niveau du même pédicule. Certains auteurs les considèrent comme résultante secondaire de la disposition anatomique étudiée ; d'autres, au contraire, comme congénitale.

En résumé, les remarques anatomiques que nous venons de faire permettent de dire :

1° Pour qu'un tel volvulus soit possible, il faut une condition essentielle : le défaut de coalescence du côlon droit et de la racine du mésentère au péritoine pariétal postérieur ;

2° Dans la majorité des cas, on trouve un obstacle au péristaltisme et au transit normaux de l'intestin.

PATHOGÉNIE

Les facteurs qui peuvent produire la torsion de l'anse ombilicale sont variables et des plus discutés.

Dans les pays slaves, les auteurs ont attiré l'attention sur le rôle que jouerait l'alimentation abondante, riche en déchets non assimilables, laissant des résidus excessifs.

En France, les auteurs ont surtout insisté sur le rôle des anomalies péritonéales, anomalies par défaut d'accolement, anomalies de longueur de la racine du méso. Nous avons vu que c'était une condition nécessaire à la production de cette variété de volvulus : pour que l'anse puisse se tordre, il faut que tous ses segments soient mobiles.

D'autre part, le rôle des brides que l'on retrouve à l'intervention, au pied même du pédicule tordu est très discuté. Certains auteurs le considèrent comme n'ayant pas de rôle actif dans la formation du volvulus parcequ'ils font de ce dernier le phénomène primitif (Guibe).

D'autres auteurs attachent une grande importance à cet obstacle (Berard).

M. Grégoire y insiste particulièrement et en fait le principal facteur causal du volvulus.

Toutefois, il est des cas où à l'intervention on ne trouve pas trace d'adhérence et où rien ne permet d'affirmer le mécanisme du volvulus. On est réduit à formuler des hypothèses sans posséder d'arguments ayant une valeur réelle.

Ainsi peut-on classer ces volvulus en deux groupes :

a) Le volvulus sans cause apparente ou volvulus primitif dans un premier groupe.

b) dans un 2e groupe les volvulus dans lesquels on retrouve un obstacle bride ou adhérence que nous nommerons volvulus secondaire dont nous étudierons le mécanisme.

Mécanisme du volvulus secondaire a une bride.

Dans les volvulus de l'anse ombilicale secondaire à une bride, la torsion est due au péristaltisme intestinal luttant contre l'obstacle qui s'oppose à sa marche normale.

L'anse ombilicale appendue à son long mésentère très mobile et dont l'attache pariétale est étroite, forme une masse susceptible de se mouvoir avec grande facilité.

L'onde péristaltique, qui normalement court d'un bout à l'autre du grêle, peut-être exagérée par certaines influences : repas trop copieux, ingestion rapide d'une grande quantité de liquides et même un état spasmodique momentané. En luttant contre l'obstacle qui s'oppose à sa progression, elle détermine la torsion de l'anse sous-jacente avec son mésentère et ses vaisseaux.

Une fois le mouvement amorcé, le péristallisme et la tension du contenu intestinal s'associent pour intéresser les anses voisines ; la portion iléale entraînera à son tour le cæcum mobile puisque non fixé par son méso et le volvulus est réalisé.

Le rôle de la bride peut être manifeste. En effet, il n'est souvent possible de réduire le volvulus qu'après section de la bride. Il est plus évident encore lorsque la bride n'étant pas sectionnée, le volvulus se reproduit après avoir été détordu une 1re fois.

Volvulus primitifs.

Nous avons vu que les lésions anciennes peuvent manquer. Aussi en est-on réduit pour expliquer ce volvulus à des hypothèses dont la plus intéressante nous paraît être celle qui fait intervenir le conflit entre le péristaltisme et l'anti-péritaltisme intestinal.

SYMPTOMATOLOGIE

Les aspects cliniques que peut présenter le volvulus de l'anse ombilicale sont variés. Nous prendrons un cas type, celui qui se présente le plus habituellement et étudierons ensuite les principales modalités cliniques que l'on peut rencontrer.

Le plus souvent, on se trouve en présence d'un malade qui a le syndrome clinique suivant : C'est un malade pris brutalement d'une douleur abdominale très violente, accompagnée précocement de vomissements abondants et répétés, dont le ventre est météorisé, son état général est altéré dès le début et qui a un arrêt des matières et des gaz.

Antécédents.

Si l'on interroge ce malade ou son entourage, on apprend qu'il a présenté à différentes reprises des troubles gastro-intestinaux caractérisés par des crises de coliques accompagnées de vomissements, avec absence momentanée des gaz et des selles. Ces crises peuvent apparaître sans cause ou sous l'influence d'un effort, d'un mouvement violent, tel le cas du malade de Manteuffel rapporté par M. Guibe. Elles disparaissent brus-

quement et réapparaissent après une période d'accalmie pendant laquelle le malade peut être d'une santé parfaite. Le plus souvent et c'est là un point important pour le diagnostic, il présente des troubles de sténose duodénale chronique, digestions difficiles, vomissements bilieux, teint subictérique, puis se déclanche la crise aiguë caractérisée par :

La douleur.

Le premier est le plus constant des signes. Lorsque la crise éclate, elle survient avec une brusquerie qui sidère le malade. C'est une douleur aiguë, violente, qui force le malade à interrompre tout mouvement. Au début, elle peut être localisée soit dans la région de la fosse iliaque et faire penser à une appendicite, soit dans la région ombilicale, c'est la douleur profonde prévertébrale qui témoigne de la tension des plexus mésentériques tiraillés par les anses intestinales (Bonnecaze). Elle peut varier suivant la position du malade, peut être plus grande dans le décubitus dorsal ou latéral. La douleur diffuse bientôt dans tout l'abdomen et présente alors des paroxysmes sous forme de coliques apparaissant à intervalles plus ou moins réguliers.

Les vomissements.

Presque toujours, la douleur initiale est accompagnée de vomissements. M. Guibe, dans sa statistique, le note 16 fois sur 16 fois. Toutefois, il peut manquer, tel le cas du malade de M. Merle d'Aubigné.

Les vomissements ont comme caractère d'être précoces et très fréquents. D'abord alimentaires, ils deviennent bilieux et rarement fécaloïdes. M. Delbet dans une clinique, attachait une grosse importance à ces vomissements bilieux répétés. Toutefois, ce n'est pas un fait constant et nous trouvons dans plusieurs observations de Philipowicz le caractère fécaloïde des vomissements alors qu'il s'agissait de volvulus de l'anse primitive.

La présence de sang dans les vomissements n'est pas très rare ; certains auteurs ont noté des vomissements franchement hémorragiques.

L'arrêt des matières et des gaz.

C'est la règle. Il est complet d'emblée et il persiste complet pour les matières et pour les gaz.

On peut noter comme dans toute occlusion l'évacuation du bout périphérique de l'intestin et parfois même par une selle diarrhéique.

Météorisme abdominal.

Il est marqué dès le début : le ventre fait une saillie en avant : une voussure arrondie à grand axe de direction variable, sous laquelle se dessinent des anses.

Il est rare que tout météorisme manque, tel le cas classique de Kirmisson : le ventre en bateau faisait penser à une méningite ou dans l'observation de M. Moulonguet : le ventre était en bateau où on ne sentait rien d'anormal.

Dans notre observation qui correspondait à une torsion de 300° environ, il existait un météorisme à prédominance nettement ombilicale. Des anses se dessinaient sous la peau mais sans mouvement péristaltique. Ce qui nous a paru particulier, c'est l'existence d'une voussure transversale, parfaitement sonore, de forme cylindrique, dans la région sus-ombilicale de l'abdomen, son extrêmité droite répondait à la région sous-hépatique, son extrêmité gauche au rebord costal gauche, mais le flanc droit et la fosse iliaque droite n'étaient pas occupés par des voussures répondant au cæcum et au côlon droit, ce qui éliminait l'idée d'un obstacle siégeant sur le côlon gauche.

Signes généraux.

Ce sont les signes habituels de l'occlusion de l'intestin grêle. Ils présentent un caractère de gravité en rapport avec l'étendue des lésions.

Le facies.

Très rapidement, la facies s'altère : nez pincé, yeux excavés, traduisent l'intoxication stercorémique qui apparaît précocement.

Le pouls et la température.

Le pouls suit sa marche habituelle : il augmente de fréquence en diminuant d'ampleur et finit par devenir incomptable par sa rapidité et sa faiblesse.

Dans un grand nombre d'observations, on a noté une certaine élévation de température : 37,6, 37,8, 38. Elle est à remarquer et témoigne de la résorption en masse des produits toxiques intestinaux.

Dans un certain nombre de cas, on constate que le ventre est douloureux à l'examen mais ce n'est pas un signe constant.

La diminution des urines.

Rapidement, le volume des urines diminue ; elles sont foncées, épaisses. Dans la période terminale, l'anurie est complète.

Certains auteurs ont fait des recherches systématiques et ont trouvé chaque fois de l'indican (Nothnagel).

Evolution.

Rien n'est variable comme la durée d'évolution d'un volvulus de l'anse ombilicale.

En l'absence d'intervention, elle est constamment fatale (5 observations, 5 morts).

Elle peut progresser avec une rapidité foudroyante ; 5 à 6 heures après le début, le malade meurt avec des symptômes d'intoxication aiguë.

Le malade peut aussi mourir avec un tableau symptomatologique de péritonite.

Les facteurs dont dépend l'évolution sont multiples : âge et résistance du sujet, intensité des crises anté-

rieures, qui l'ont déjà intoxiqué et affaibli, état de l'intestin au moment de la crise, etc...

Après une intervention suivie de succès, le malade n'est pas à l'abri des récidives si l'on a pas fixé le côlon à la paroi péritonéale postérieure.

Formes cliniques.

Les formes cliniques de volvulus de l'anse ombilicale ne sont pas nombreuses. La lésion congénitale est constante. Seule la date d'apparition est variable. Dans un premier groupe, nous étudierons les accidents qui se déclanchent dès la naissance. Dans un deuxième, la malformation est tolérée plus ou moins longtemps.

a) Volvulus du nouveau-né.

L'arrêt de développement de l'anse ombilicale est souvent accompagné de malformations de l'intestin, déformation du cæcum, appendice très long, anomalies dans les artères mésentériques, etc...; il s'agit d'un nouveau-né qui paraît bien constitué par ailleurs, qui présente d'emblée des vomissements avec absence de méconium.

Le vomissement peut contenir du méconium ou du mucus sanglant. On pense à une imperfection de l'anus ; une sonde introduite infirme ce diagnostic.

Ces cas sont très graves. Sur 5 observations que nous avons retrouvées, dans 4 d'entre elles les accidents furent si rapides qu'on n'eut pas le temps d'intervenir.

Un seul malade fut opéré (observation de Normann) et guérit après détorsion simple.

b) Le volvulus se produit après une période d'accidents plus ou moins graves.

Dans ce cadre rentre le type que nous avons décrit : crises de subocclusion antérieures et crises d'occlusion aiguës (observation personnelle).

Il existe un autre type caractérisé par des symptômes de sténose duodénale chronique, consistant surtout en digestions pénibles, vomissements bilieux, très fréquents, presque journaliers, état général très déficient. Le malade est traité pour un ulcère duodénal (observation de Moulonguet) ou pour sténose hypertrophique (observation d'Ombredanne), jusqu'à ce qu'une crise aiguë d'occlusions éclate ; à l'intervention, on trouvera les lésions expliquant les troubles présentés par le malade.

DIAGNOSTIC

On ne peut guère espérer faire le diagnostic du volvulus de l'anse ombilicale ; c'est une lésion trop exceptionnelle. D'autre part, ses caractères cliniques sont trop peu tranchés.

On pourra y penser quand, en présence d'un malade atteint d'occlusion haute on trouve les particularités suivantes :

1° Les antécédents : Existence de crises antérieures douloureuses accompagnées de vomissements répétés, séparées par des périodes d'accalmie, ou existence de symptôme de sténose duodénale chronique (vomissements bilieux répétés).

2° Les signes cliniques :

a) Le mode d'apparition de la crise, son début brusque, son caractère de gravité marqué par l'altération rapide de l'état général.

b) L'intensité et la brusquerie de la douleur initiale.

c) Les vomissements bilieux, peu fécaloïdes.

d) Le météorisme qui apparaît rapidement avec sa disposition particulière que nous avons étudiée dans les symptômes.

Le diagnostic d'occlusion haute peut être embarrassant ; le tableau clinique du début ressemble beaucoup à celui des affections inflammatoires de l'abdomen et

en particulier à la plus fréquente de toutes : l'appendicite. L'hyperesthésie de la paroi et le manque de météorisme, l'arrêt non absolu des gaz la distinguent du volvulus.

Si le diagnostic clinique du volvulus est difficile, il est indispensable d'affirmer qu'il s'agit bien d'une occlusion et que celle-ci siège sur le grêle.

L'examen des orifices des hernies externes ne révélant rien, il reste à faire le diagnostic du siège de l'occlusion ; le début dramatique, les vomissements fréquents, le météorisme ombilical projetant le ventre en avant au lieu de l'élargir, l'évolution rapide des accidents, l'anurie, formant un ensemble clinique suffisant pour poser le diagnostic d'occlusion haute.

On doit se rappeler que c'est plutôt le résultat d'une impression clinique acquise après de nombreux examens, qu'une certitude.

Le siège et la disposition du météorisme sont d'une grande importance.

L'occlusion siégeant sur le grêle est-elle due à un volvulus ?

Le tableau de l'invagination ou de l'iléus biliaire est différent.

Quant aux hernies internes, aux étranglements par brides, les signes en sont si comparables que le diagnostic est impossible ; l'indication opératoire étant la même on en fera le diagnostic à l'intervention.

En résumé, l'important est donc de poser le diagnostic d'occlusion haute, qui entraîne comme sanction la laparatomie exploratrice.

TRAITEMENT

Le traitement comprend les temps suivants : Laparatomie, reconnaissance du volvulus, éviscération totale, détorsion, fixation de l'anse anormalement mobile.

Etant données l'occlusion et la présomption de son siège on fera une laparotomie médiane exploratrice.

En général, on reconnaît facilement que l'on se trouve en présence d'un volvulus étendu. Il faut ensuite rechercher la position du cæcum.

Deux cas se présentent :

a) Le cæcum est en place, distendu ; mais si l'on remonte le côlon ascendant, on voit le transverse s'engager sous la masse des anses grêles.

b) Le cæcum n'est pas en place ; il est en avant, à gauche, ou en arrière du grêle, suivant le degré de torsion.

Dans les 2 cas, l'éviscération totale s'impose pour reconnaître le type et le sens de la torsion. On applique ensuite le traitement curatif qui est :

La détorsion.

Elle est toujours possible. Si un obstacle, bride ou adhérence, l'empêche on la sectionne. Elle doit être faite en prenant à deux mains la totalité de la masse

intestinale que l'on fait pivoter en sens inverse de celui que l'on a constaté ; le plus souvent en sens inverse des aiguilles d'une montre.

Doit on intervenir pour éviter la récidive ? Plusieurs auteurs l'on fait.

Phillipowicz imagina une intervention dite mésentérik plastik ; c'est une incision oblique du mésentère qui respecte les vaisseaux. Nous croyons que Ombrédanne fit la première fixation du côlon par des anses de catgut au niveau des angles et des épines iliaques.

Matry, dans ses observations, fixe le transverse après badigeonnage du péritoine postérieur par 3 points disposés sur une ligne horizontale, l'un sur le bord droit du duodénum, l'autre sur le péritoine prérénal, le 3e à l'union du transverse et du côlon ascendant sur le péritoine du flanc droit, puis par deux autres points le côlon ascendant et le cæcum.

Moulonguet, dans un 2e temps, a fait la colopexie à l'aide de 4 points au fil de lin, unissant la bandelette antérieure à la paroi antéro latérale de l'abdomen.

Dans notre observation, le Dr Vergez a fixé le côlon à l'aide de 3 points de catgut qui unissent le mésocôlon à la paroi antérieure de l'abdomen.

Dernièrement, certains auteurs, dont M. Ferrey, ont mis au point un nouveau mode de fixation ; ils emploient l'appendice lui-même pour fixer le cæcum à la paroi antérieure, ce procédé a aussi l'avantage de réaliser le drainage du côlon, par exemple en introduisant une sonde dans la lumière de l'appendice. Ce procédé est très discuté. Malgré le succès de Hartglass et de Ferrey,

l'appendicostome ne réalise pas un moyen de fixation étroite. D'autre part, on peut soutenir que fixer un intestin mobile par un seul point, c'est augmenter les chances de torsion plutôt que les diminuer ; que, normalement le côlon est fixé à la paroi postérieure : qu'il est donc anormal de le fixer à la paroi antérieure, surtout que nous savons que les adhérences intestinales antérieures sont douloureuses.

S'il vaut mieux faire une pexie large, ne peut-on par contredire que l'on opère sur un intestin distendu dont la paroi est particulièrement fragile ; que même avec une fine aiguille on risque de la perforer ; on comprend ainsi le choix de l'appendice comme moyen de fixation.

Dans notre observation, le mésocôlon fut aussi fixé à la paroi antérieure et le malade opéré, il y a 4 mois, n'en a pas souffert jusqu'ici.

Il ne faut pas négliger les soins post-opératoires. En particulier on fera toujours du sérum hypertonique salé intraveineux, selon la méthode de M. le Professeur Gosset; aussitôt après l'opération, une première injection que l'on pourra renouveler toutes les 4 heures, sans oublier les soins post-opératoires classiques, sérum, et toni-cardiaques.

Il nous semble que le traitement du volvulus de l'anse ombilicale peut se résumer ainsi : Laparatomie, détorsion : temps capital ; section des brides qui à elle seule peut prévenir les récidives, colopexie si l'on juge que le malade est en état de supporter ce dernier temps après une intervention déjà longue et shoc-

kante ; autrement fixer le côlon dans un deuxième temps.

Résultats.

Guibe rapporte une statistique dans laquelle il compte 5 cas de volvulus jéjuno-colique opérés avec 2 guérisons soit 40%.

Dans une autre statistique de Ombredanne, on compte 8 cas opérés avec 6 guérisons, soit 75%.

Les résultats sont donc très encourageants, si l'on veut bien se rappeler qne, en l'absence d'intervention, l'évolution est constamment fatale (5 cas, 5 morts).

OBSERVATION PERSONNELLE

Raymond L... : 12 ans, entré à l'Hôpital Général du Havre, salle Lemercier, le 4 juin 1930, pour crise d'appendicite. Cet enfant a été brusquement pris de douleurs abdominales et de vomissements verdâtres la veille de son entrée à l'Hôpital. Sa température est de : 37°8. Son pouls bat à 90°. Il se plaint de vives douleurs qu'il localise nettement à la fosse iliaque droite. La paroi abdominale ne respire pas ; elle est tendue, se laisse mal déprimer ; la pression exercée sur le ventre est plus douloureuse partout, plus particulièrement au niveau de la fosse iliaque droite.

Les parents du jeune malade nous renseignent sur ses antécédents. A plusieurs reprises, en juillet et en décembre 1929, en mai 1930, il a déjà présenté des crises abdominales douloureuses accompagnées de vomissements et de constipation. Un médecin consulté porte le diagnostic d'appendicite chronique et ordonne un régime.

On pense qu'il s'agit d'une appendicite, mais en raison de l'absence de localisation nette de la douleur et du peu d'intensité de la contracture, on décide de différer l'intervention.

Repos, diète, glace sur le ventre, sérum physiologique

sous la peau, les douleurs s'apaisent rapidement. L'enfant ne vomit plus, son état est devenu satisfaisant le 2e jour.

Dans la journée du 30, le petit malade est brusquement pris d'une nouvelle crise douloureuse. La douleur, très violente, est surtout périombilicale et présente des paroxysmes très pénibles. Elle est accompagnée de vomissements répétés et très abondants ; d'abord glaireux, ils deviennent très vite porracés. Le malade n'émet ni matières, ni gaz, pendant toute la journée.

Le soir, sa température est de 37° 8. Son pouls est à 100.

L'état général est rapidement altéré. Le malade est très abattu, le facies est anxieux, les yeux cernés, excavés, la langue sèche ; ses douleurs sont très intenses, surviennent par crises et lui arrachent des cris ; il est très agité.

Les vomissements sont incessants. La quantité d'urines émises en 12 heures est de 300 gr. elle sont très rouges et très épaisses.

L'examen montre un ventre météorisé, formant une saillie antérieure ombilicale. Des anses intestinales se dessinent sous la peau sans ondulations péristaltiques. L'une d'elles, énorme, occupe transversalement la région ombilicale de l'abdomen. Elle part de l'hypocondre droit, traverse l'épigastre et se perd sous le rebord costal gauche.

On ne trouve pas dans le flanc la fosse iliaque droite d'anse dilatée paraissant être le côlon et le cæcum.

Le toucher rectal ne donne aucun renseignement intéressant.

On pense à une occlusion intestinale prêtant sur la partie supérieure du grêle et on intervient (Docteur Vergez).

Anesthésie à l'éther :

Laparatomie médiane para-ombilicale. Dès l'ouverture du péritoine on reconnaît le cæcum et l'appendice et la portion initiale du côlon ascendant du volume d'un avant-bras d'adulte, très distendus et rouges. Ils occupent transversalement la région de l'hypocondre droit de l'épigastre et disparaissent sous les anses grêles très dilatées, dont une partie reste au-dessous d'eux, tandis qu'une autre partie passe au-devant et au-dessus.

Le pied du mésentère commun est tordu en sens inverse des aiguilles d'une montre.

Le cæcum et le côlon ascendant se sont enroulés autour des anses grêles, de droite à gauche, passant successivement au-dessous d'elles, puis dans la fosse iliaque gauche, le flanc gauche, l'hypocondre gauche et la région épigastrique, pour venir se loger dans l'hypocondre droit.

On note l'existence de deux fortes brides au niveau du pédicule de torsion.

Eviscération totale : Section des brides entre deux pinces. On prend la masse intestinale à pleines mains, on pratique sans difficulté la détorsion du volvulus.

Le mésentère présente un défaut total d'accolement. Le mésocôlon droit et la racine du mésentère sont flottants, entièrement mobiles. Le cæcum n'occupe pas la

fosse iliaque droite, mais très long, il plonge dans la cavité pelvienne.

La cæco-colopexie directe est impossible en raison même de la situation du cæcum et de sa distension.

On fixe le mésocôlon droit un peu au-dessus de l'angle iléo-cæcal au péritoine pariétal antérieur par 3 points au catgut.

Fermeture de la paroi en 3 plans.

Suites opératoires : Glace sur le ventre ; sérum salé hypertonique à 20 %, 20 cmc. immédiatement après l'intervention ; 4 heures après, l'injection est renouvelée.

Sérum physiologique sous la peau : 500 cmc.

Huile camphrée : 10 cmc.

L'état de l'enfant s'améliore très rapidement. Plus de vomissements.

Le surlendemain, selles spontanées et gaz.

Ablation des fils le 10e jour.

L'enfant est revu un mois puis 3 mois après sa sortie. Il n'a plus souffert, ne vomit plus, a un excellent appétit et a grossi de 4 kgr.

CONCLUSIONS

1° Le volvulus de l'anse ombilicale se voit dans 10% des volvulus intestinaux.

2° Son apparition est subordonnée à 2 conditions anatomiques :

1° L'absenee totale d'accolement au péritoine pariétal postérieur de la racine du mésentère du côlon droit et de son mésocôlon.

2° L'existence de brides fixant l'intestin à la paroi postérieure de l'abdomen. Ces bribes paraissent être dans la majorité des cas l'obstacle sur lequel vient se briser le péristaltisme intestinal et qui détermine alors la torsion des anses sur l'axe mésentérique. On les trouve au niveau du pédicule de torsion.

3° Le traitement idéal doit réaliser :

1° La détorsion ;

2° La fixation du côlon droit (colopexie).

La détorsion est facilitée et rendue durable par la suppression des brides situées au voisinage du pédicule de torsion. La section des brides sera donc un temps capital de l'intervention.

La colopexie n'est utile que si elle est large et que si elle réalise un réel accolement de l'intestin.

Primitive : Elle est souvent dangereuse en raison de la distension et de la minceur des anses dilatées.

L'appendicectomie ne réalise qu'une fixation trop limitée de l'intestin ; elle pourrait faciliter les récidives.

Mieux vaut la remplacer par la fixation du méso-côlon au péritoine pariétal antérieur au moyen de points soigneusement disposés en dehors des vaisseaux

Secondaire : La cæco-pexie directe est nettement indiquée, elle doit être postérieure et iliaque.

Elle sera pratiquée en cas de reprise des douleurs.

Vu : le Doyen,
ROGER.

Vu : le Président de la thèse,
GOSSET.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

Berard et *Delore*. — De l'obstruction intestinale par torsion du mésentère. 6 observations (Congrès français de chirurgie, 1899, p. 411).

Billington. — The Lamet, 1909, p. 678 (une observation).

Bonnecaze. — Contribution à l'étude du volvulus de l'intestin grêle (Thèse de doctorat, n° 239, Paris, 1924).

Bohême. — Archives franco-Belges de chirurgie n° 1, 1927, une observation.

Braeunig. — Deutsche Zeits. f. chir., 1924, p. 186.

Brunswick le Bihan. — Congrès de chirurgie, Paris, 1909 p. 1051.

Broca. — Bul. et mém. Soc. chirurgie, 1901, p. 542.

Clément. — Bull. de Soc., Anat. 1905, p. 738.

Delbet. — Soc. chur. de Paris, 1898, 15-6, p. 158.

— Clinique de l'Hôtel-Dieu, 1899, p. 257.

Eschbach. — Bulletin et mémoire de la Société d'anatomie 1907. Une observation, p. 414.

Ferrey. — Bulletin et mémoire Société de Chirur. 1 cas du volvulus du côlon droit (Detorsion, Appendicostomie, 1930, p. 830 (R. Cadenat).

Frœlich. — 2 observations d'occlusion par vice de position de l'intestin. Bulletin société de chirurgie de Paris 1901, t. XXVII, p. 542.

Grégoire. — Rapport sur 4 observations de volvulus du grêle (Société de Chirurgie, décembre 1929, p. 1422).

Guibal. — Bulletin et Mémoire Société Chirurg., Xbre 1929, Rap. de M. Grégoire, p. 1417.

Guibé. — Volvulus de l'intestin grêle et de la portion initiale du gros intestin (Revue de Chirurg., 1907, tome 35, pages 346-659-856 et tome 36, page 91.

Hartglass. — Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie, février 1929. Rapport de M. Lenormand, p. 291.

Hausmann. — Les anomalies de situation de l'intestin (Zeut. f. Ch., 1900, p. 20).

Kirmisson — Occlusion intestinale complète par torsion du mésentère (Bulletin Société Chirur., Paris 1898, p. 682).

Levêque. — Thèse de Paris, 1904, n° 192.

Matry. — Rapport de Ombredanne, 2 observations (Bull. Chir., n° 1930, p. 746).

Moulonguet, Doleris et *Merle d'Aubigné.* — Rapport de Ombredanne, 2 observations (Bull. Soc. Chir., 1930, n° 4, p. 122).

Norman-Dott. — British Journal of Surgery, 192 3. Observations et schéma sur les anomalies de la rotation intestinale.

Oberling. — Revue française de Pédiatrie, janv. 1927.3 observations.

Ombredanne. — Bull. et Mém. Soc. Chir., 1 observation, 30 avril 1919, p. 688.

Phelip. — Bull. Mém. Soc. Anatomie, 1908, p. 463.

Philipowicz. — Archives für Klinische Chir. 1912, p. 885.

Rokitansky. — 1837. Trad. in archive générale de médecine, p. 202.

Schwartz et *Maunoury.* — Bulletin Soc. de chirur., 1918, p. 397.

1070. — Imp. de la Faculté de Méd., Jouve et Cie, 15, rue Racine, Paris. — 10-30